

Psychiatrische patiënten en politie: samen in de samenleving?

Freya Vander Laenen en Kristof De Pauw

INHOUD

1. Geestelijke gezondheidsproblemen (GGZ-problemen), veelvoorkomend	5
2. De-institutionalisering van de GGZ en de keerzijde van de vermaatschappelijking	5
3. Lokale problemen vragen een lokale, geïntegreerde aanpak	7
3.1 Inspiratie uit het buitenland	7
3.2 Ondertussen in België	8
4. Dit themanummer	9
Referenties	10

1. Geestelijke gezondheidsproblemen (GGZ-problemen), veelvoorkomend

Een op de vier Europeanen zou op een bepaald moment in zijn leven met een of meer geestelijke gezondheidsproblemen geconfronteerd worden.¹ Het Europese Directorate General for Health and Consumers (2008: 9) spreekt over een prevalentie van 11 % van de EU-bevolking die op jaarbasis met een mentale stoornis leeft. Verder krijgen in Europa een op de vijftien mensen elk jaar te maken met een depressie. Ongeveer 10 % van de wereldbevolking leeft met een beperking (De Groof, Bianchi *et al.*, 2010: 9). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie lijden 83 miljoen mensen tijdens hun leven aan een mentale stoornis.²

Bovendien is het aantal mensen dat jaarlijks gedwongen opgenomen wordt, nog steeds fenomenaal hoog. Elk jaar worden in België meer dan 4000 personen gedwongen opgenomen in een psychiatrische instelling, wat ongeveer 5 % van het totale aantal psychiatrische opnames vertegenwoordigt. In 75 tot 80 % van die gedwongen opnames wordt de spoedeisende procedure toegepast (Vandenberghe, 2013; Zorginspectie, 2011: 7; Vandenberghe *et al.*, 2012).³ Wanneer we de psychiatrische diagnoses van die gedwongen opnames bekijken, dan komen vooral psychotische stoornissen voor (40,5 %) en verder verslavingsproblematiek (22 %), stemmingsstoornissen (13 %), persoonlijkheidsstoornissen (4,6 %) en acute aanpassingsstoornissen (3,8 %) (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek,

2003: 14; De Rycke, 2009; Zorginspectie, 2011: 25).

Bruffaerts, Demyttenaere en Claes stelden in 2008 dat een belangrijk deel van de 13 000 unieke personen die zich op jaarbasis bij psychiatrische spoedafdelingen in België aanmelden, zogenaamde draaideurpatiënten zijn. Dat zijn patiënten die zich steeds weer opnieuw aanmelden.

Ondanks de hoge prevalentie van GGZ-problemen blijkt uit publiek opinieonderzoek dat heel wat vooroordelen en stereotype ideeën bestaan over mensen met een psychiatrische problematiek. Ook de houding en opvattingen van de politie blijkt globaal genomen verre van positief zijn (Angermeyer en Dietrich, 2006; Van Gampelaere en Vander Laenen, 2014). Zo heerst in het politiemilieu het hardnekkige stereotype beeld dat mensen met een psychiatrische problematiek gevaarlijker, gewelddadiger en onvoorspelbaarder zijn dan mensen zonder psychiatrische problematiek (Cotton, 2004; Watson, Corrigan en Ottati, 2004). Dat blijft niet zonder gevolgen, ook voor de legitimiteit van de politie en het politietoetreden. Zo blijkt uit onderzoek dat personen met een psychiatrische problematiek minder vertrouwen hebben in de politie, de politie als minder benaderbaar en hun aanpak als minder rechtvaardig beoordelen dan de algemene populatie (Livingston *et al.*, 2014).

2. De-institutionalisering van de GGZ en de keerzijde van de vermaatschappelijking

Door de jaren heen zijn de opvattingen over psychiatrische hulpverlening sterk gewijzigd. De gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg wordt immers uitgebouwd en het residentiële GGZ-aanbod wordt afgebouwd. Dit proces wordt geregeld in het zogenaamde artikel 107 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (BS, 10 juli 2008). Deze wijziging, ook wel vermaatschappelijking genoemd, heeft geleid tot een versnelde uitstroom van mensen met psychiatrische pro-

1. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health.
 2. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics.
 3. Uit een antwoord van minister van Justitie Turtelboom op een vraag van

senator Anciaux blijkt dat Justitie zelf geen statistieken bijhoudt over het aantal door het parket bevolen opnames ter observatie, noch over de bevestigingen ervan door de vrederechter. Zie: *Hand.* Senaat 8 mei 2013; www.senate.be/www/?MtabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=83889860.

“Ondanks de hoge prevalentie van GGZ-problemen blijkt uit publiek opinieonderzoek dat heel wat vooroordelen en stereotype ideeën bestaan over mensen met een psychiatrische problematiek.

blemen uit de institutionele zorg (Pouwels en Van Gelder, 2008: 4; Watson, Corrigan en Ottati, 2004b: 378; Knowles, 2012: 29).⁴ Patiënten worden met andere woorden minder lang opgenomen en zij worden dus vaker en sneller georiënteerd op het hervatten van het gewone leven in de maatschappij (Bruffaerts *et al.*, 2008). Zonder een oordeel te willen vellen over de al dan niet gunstige invloed hiervan op de medische toestand van de geesteszieke personen, dient wel gezegd dat voor deze mensen niet altijd een adequate opvang of begeleiding geregeld is (X., 2010b). Gemeenschapsgerichte voorzieningen binnen de GGZ blijven immers vaak moeilijk toegankelijk en bereikbaar voor personen met de meest ernstige psychiatrische problematiek(en).

“De vermaatschappelijking van de (geestelijke gezondheids)zorg heeft als onbedoeld effect dat steeds meer mensen met een psychiatrische problematiek in contact (kunnen) komen met het strafrechtelijk systeem.

De vermaatschappelijking van de zorg heeft als onbedoeld effect dat steeds meer mensen met een psychiatrische problematiek in contact (kunnen) komen met het strafrechtelijk systeem. De-institutionalisering, gecombineerd met een gebrek aan training rond omgaan met geesteszieken bij de politie, leiden er volgens sommigen dan weer toe dat geesteszieken vaker gearresteerd worden (Schaefer Morabito, 2007). Bovendien is de samenleving geëvolueerd naar een zogenaamde risicosamenleving. De risicosamenleving komt onder meer tot uiting in een focus op de beheersing van maatschappelijke problemen en van (risico)groepen (Vander Laenen, Wittouck en Audenaert, 2015). Deze evoluties kunnen dan ook beschouwd worden als belangrijke factoren die de problematiek van politietussenschoten met geesteszieken versterkt

(Cordner, 2006: 7; X., 2010a: 7; X., 2010b).

Een tweede (internationaal gezien) versterkende factor voor (het aantal) politiecontacten met mensen met een GGZ-problematiek is de criminalisering (Reuland, 2004: 1; X., 2010b; X., 2011: 4). Doordat personen met GGZ-problemen als gevolg van de de-institutionaliseringstrend sneller terugkeren naar de maatschappij en daarbij niet altijd kunnen terugvallen op adequate ambulante zorg, treedt er een stijging op van het aantal tussenkomsten met mensen met GGZ-problemen. Niet overal bestaan voldoende samenwerkingsverbanden tussen politie en GGZ om dat op te vangen (Teller *et al.*, 2006: 232). Politiepersonen kennen niet altijd de achtergrond van een persoon noch de symptomen van mensen met GGZ-problemen en zien daarom vaak het terugvallen op arrestaties als enige ultieme ‘oplossing’ (Adelman, 2003: 7; Bonighton, 2012: 16). Bovendien blijkt ook dat het mangelt in de basisopleiding van politiepersonen, zowel wat betreft het herkennen van symptomen van mensen met een GGZ-problematiek en een mentale beperking als wat betreft het aangeleerd krijgen van concrete vaardigheden in de communicatie en de interactie met mensen met een GGZ-problematiek en/of een mentale beperking (Van Gampelaere en Vander Laenen, 2014; Dumortier, 2015). In België kunnen alleen politieambtenaren die lid zijn van een FPG, van een sectie van de lokale recherche of van de sectie ‘ondervragingen’ van het AIG vrijwillig een opleiding volgen over ‘mentale stoornissen en de politionele attitude’.

Wij pleiten dan ook sterk voor de integratie van dit thema in de basisopleiding, eerder dan de opname ervan in een vrijblijvende opleiding. Net voor politieambtenaren die in de interventiepolitie tewerkgesteld worden, is een dergelijke opleiding essentieel; zij komen immers in eerste orde in contact met mensen met een GGZ-problematiek in crisis. Zo niet dreigt de politionele bejegening van mensen met een GGZ-problematiek of een verstandelijke beperking te zeer afhankelijk te blijven van de persoon die de zaak behandelt (Dumortier, 2015). Er wordt dan ook wel gezegd dat politiepersonen de deurwachters zijn die beslissen of personen met een GGZ-problematiek in de maatschappij kunnen blijven of in het justitieel systeem terecht komen (British Columbia Schizofrenia Society, 2006: 5; tekst 93, p. 360). Teplin (1984: 794-803) stelt dat voor soortgelijke misdrijven personen met een GGZ-problematiek significant meer gearresteerd worden dan personen die op het eerste gezicht geen mentale problemen hebben. Ze concludeert dan ook dat ‘*the way we treat our mentally ill is criminal*’. De reactie van actoren in het strafrechtelijk systeem op moeilijk hanteerbaar of interpreteerbaar gedrag van sommige personen met een psychiatrische problematiek is er mee de oorzaak van dat deze personen steeds verder

4. Ongetwijfeld is de hoge kostprijs van hospitalisaties in de (G)GZ en een poging om kostenbesparend te werken een element dat meespeelt in deze trend.

doorstromen in de strafrechtsketen, van opsporing en vervolging over de straftoemeting tot aan de strafuitvoering. In deze context wordt gesproken van de ‘*criminalisation of the mentally ill*’ (Lamb en Weinberger, 2005; Erickson en Erickson, 2008). De criminaliserendens van psychische stoornissen wordt zo in de hand gewerkt, wat dan weer leidt tot een re-institutionalisering, zij het in de gevangenis in plaats van in een psychiatrische instelling (Bloom, 2010). Volgens Schaefer Morabito (2007) wordt deze criminaliserendens in belangrijke mate ondersteund door de media.

Een derde versterkende factor voor crisissituaties met mensen met een GGZ-problematiek in de ‘buitenwereld’, is medicatie. Enerzijds is het van belang mensen die medicatie nodig hebben aan te sporen om passende medicatie te blijven nemen, ook na ontslag uit het ziekenhuis (Cordner, 2006: 8-9). Er bestaat echter ook een gevaar voor overmedicatie. Sommige auteurs gaan nog een stap verder; zij stellen dat ‘probleemgedrag’ of afwijkend gedrag (te snel en te vaak) wordt gemedicaliseerd en zelfs geopsychiatriseerd (Vanheule, 2014).

Een laatste versterkende factor voor (het aantal) politiecontacten met mensen met een GGZ-problematiek wordt vooral internationaal besproken. Het gaat met name om de privatisering van zorgvoorzieningen gecombineerd met een daling van het aantal publieke voorzieningen (X., 2010a: 8). Ook in Vlaanderen werd dit debat scherp gevoerd, naar aanleiding van de toewijzing van de uitbating van het FPC Gent aan de commerciële beheerder Sodexo. In de literatuur bestaat discussie over de impact van privatisering op de kwaliteit en het aanbod van de zorg (Wanzele en Naessens, 2015). Als mogelijke risico’s wordt gewezen op kostenbesparing op personeel om een zo hoog mogelijke winst te bereiken. Private zorgvoorzieningen zullen in die gevallen meer een beroep doen op de politie om de eigen personeelstekorten in crisissituaties op te vangen. De politie verliest op die manier capaciteit en ook de mensen met een GGZ-problematiek krijgen niet de zorg die ze behoeven (X., 2010a: 8).

Het ‘eindresultaat’ van deze verschillende evoluties is hoe dan ook dat politiediensten steeds meer geconfronteerd worden met mensen met een langdurige psychiatrische stoornis die niet verblijven in een voorziening. Deze problematiek wordt vaak verder gecompliceerd door afhankelijkheidsproblemen, een verstandelijke beperking, somatische problemen en een breed scala van sociale problemen. Dat zijn de mensen die vaak uit de boot vallen in de reguliere gespecialiseerde hulpverlening (Van de Sype en Gillis, 2011) of die op een ‘zwarte lijst’ zijn terechtgekomen in de hulpverlening (Dewaele en Vander Laenen, 2014).

Hoe dan ook heeft de politie een taak bij crisisinter-

venties, want net zij komt als eerste in contact met de meest kwetsbare mensen in de samenleving, vooral op momenten dat de zorg niet bereikbaar is. Bovendien zal de taak van de politie in de toekomst nog belangrijker worden dan nu ten gevolge van de maatschappelijking van de (geestelijke gezondheids)zorg.

3. Lokale problemen vragen een lokale, geïntegreerde aanpak

3.1 Inspiratie uit het buitenland

Diverse onderzoeken maken duidelijk dat het essentieel is om een lokale problematiek van mensen met een GGZ-problematiek vanuit een lokaal partnerschap aan te pakken (Tucker, Van Hasselt en Russell, 2008). In de eerste plaats dient gedacht te worden aan een samenwerking tussen de lokale welzijns- en psychiatrische instellingen met andere publieke dienstverleners zoals maatschappelijk werkers, OCMW en politie. Algemene consensus bestaat dat noch psychiatrische instellingen, noch spoeddiensten, noch politie alleen psychische crisissituaties efficiënt kunnen afhandelen. Dit samenwerken loopt echter niet altijd even vlot en het leidt wel eens tot frustraties. Hierbij gaat het onder meer om het verschil in (vergader)cultuur, het verschil in finaliteit van politiediensten en de welzijns- en zorgsector en discussies rond informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim (Dewaele en Vander Laenen, 2014). Psychiatrische crisisdiensten verdenken de politie ervan personen in crisissituaties te snel door te sturen, terwijl de politie vindt dat de crisisdiensten te veel aarzelen om personen in crisissituaties op te nemen (Cordner, 2006: 19-20; Wood *et al.*, 2011: 2-3).

“ Uit onderzoek naar effectieve interventies waarbij heel wat sectoren betrokken zijn, weten we dat vooral het lokale niveau een grote meerwaarde oplevert.

Uit onderzoek naar effectieve interventies waarbij heel wat sectoren betrokken zijn (welzijn en gezondheid, preventie, hulpverlening, veiligheid en lokaal bestuur), weten we dat vooral het lokale niveau een grote meerwaarde oplevert. Hierbij ligt de nadruk op de lokale situatie, bij de analyse en het monitoren van problemen, bij het definiëren van specifieke acties, bij het ontwikkelen van een actieplan en bij het aanpassen van de acties en van het actieplan aan de evolutie van de lokale problemen. Om de samenwerking tussen politie, justitie en de lokale welzijns- en psychiatrische instellingen te formaliseren, is een ondertekend

samenwerkingsprotocol aangeraden. In dit akkoord dienen globale, duidelijke afspraken gemaakt te worden, met aandacht voor de taak, de rol en de finaliteit van alle partners en met afspraken rond het verloop van de samenwerking en informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim van elk van de partners (Vander Laenen en Stas, 2015). Het van bovenaf opleggen van één nationaal kader voor politiediensten is moeilijk te realiseren, net omdat het bestaande hulpverleningsaanbod, de (concentratie van de) lokale problematiek in meer verstedelijkte gebieden en de samenwerkingscultuur die (al dan niet) bestaat tussen politiediensten en hulpverlening sterk kan verschillen.

Verskillende buitenlandse politiediensten hebben voor de afhandeling van crisissituaties met mensen met een GGZ-problematiek teams van gespecialiseerde politiemensen (X., 2010b) opgericht: Crisis Intervention Team (CIT).⁵ Centraal binnen de werking van deze teams staat een probleemoplossende aanpak, waarbij gezocht wordt naar de oorzaken van bepaald gedrag, eerder dan naar het verwijderen van een persoon met een GGZ-probleem van de crisisplaats (Reuland, 2004: 10; Coleman en Cotton, 2010: 37). Het aanvankelijk doel van CIT was om het aantal letsels in crisissituaties te verminderen bij zowel politiemensen als bij de persoon zelf. Naderhand werd ook een tweede doel toegevoegd: *'diverting persons with mental illness from the criminal justice system when appropriate'* (Watson *et al.*, 2008: 360; Wood *et al.*, 2011: 17-18).

Een andere praktijk die we vooral in de Verenigde Staten en Canada terugvinden, vertrekt eveneens vanuit een doorgedreven partnerschap tussen politie en de GGZ (Adelman, 2003: 11; X., 2010b; Bonighton, 2012: 20-21). In crisissituaties met mensen met een GGZ-problematiek worden zowel vanuit de politie als vanuit de psychiatrische noodhulp gespecialiseerde medewerkers ter plaatse gestuurd.⁶ Men spreekt bij GGZ in dit geval van een mobiel crisisteam (Reuland, 2004: 10) of een *mental evaluation team* (MET) (Reuland, 2004: 16).

In een pilotproject in Ottawa (Canada) gaat men nog verder dan het ter plaatse sturen van gemengde ploegen van politie en psychiatrisch verpleegkundigen. Bij de Ottawa Police Service versterkt een psychiater in crisissituaties de politieploeg die ter plaatse gaat. De doelstelling hier is het verminderen van het aantal doorverwijzingen naar een spoedafdeling en een daling van het aantal arrestaties. In dit pilotproject is er voor de tussentijdse gemengde ploeg ook veel meer informatie beschikbaar dan voor de klassieke politieploeg. De politie heeft toegang tot de politiedatabanken terwijl de psychiater toegang heeft tot bepaalde medische informatie. Doordat de partijen hun

eigen informatie samenbrengen en dus verrijken, krijgen ze een beter beeld van de persoon met een GGZ-problematiek en is er meer kans op een positief verloop van de interventie (X., 2013).

Sommige buitenlandse overheden ten slotte hebben voorzien in specifieke crisisresponscentra. Deze centra bieden de politiediensten een alternatief voor de spoedafdeling van algemene ziekenhuizen of politiecellen. Wat die centra specifiek maakt, is dat ze als het ware een *drop-off*-punt geven aan politie, dat er geen 'weigeringspolitiek' voor opname is en dat gestroomlijnde procedures bestaan die de doorlooptijd van het onderzoek minimaal maken. Daardoor lopen politiemensen minder frustratie op bij de spoedafdelingen in ziekenhuizen en vallen ze dus minder terug op politiecellen (X., 2011: 7; X., 2013: 29).

3.2. Ondertussen in België

3.2.1. Mensen met een GGZ-problematiek, eerste lijnspolitie en mobiele crisisteams

Onze eigen Belgische politiediensten kunnen niet altijd op de ondersteuning rekenen die we in het buitenland soms wel zien. De problemen waarmee de eerste lijnspolitiemensen geconfronteerd worden zijn zeer divers. Zo kan er discussie zijn over het vervoer van iemand met een GGZ-probleem (wanneer ambulancepersoneel dit vervoer weigert), het al dan niet gebruik van geweld bij een patiënt in een gesloten afdeling van de GGZ die ook agressief gedrag vertoont, het al dan niet helpen bij een 'gedwongen behandeling', het verhoor van een persoon met een GGZ-probleem, de toegang tot bepaalde informatie om de persoon te benaderen enzovoort. Voor dit soort interventies zijn ook weinig interne richtlijnen of handvatten voorhanden. Hier is dus zeker winst te halen. En die komt ook geleidelijk op gang...

In 2009 groeide onder toenmalig minister Onkelinx het idee om *mobiele crisisteams* of psychiatrische MUG's op te richten. Zo'n team zou een regio van ongeveer 300 000 inwoners moeten bestrijken en de klok rond bereikbaar moeten zijn (De Rycke, 2009). Zover zijn we echter nog niet.

Begin 2013 zijn verschillende *Gentse* ziekenhuizen, in navolging van initiatieven in Leuven en Brugge, wel van start gegaan met de inzet van een mobiel crisisteam (De Nijn, 2013; tekst 48). De opzet van het project is om gespecialiseerde thuishulp te bieden aan volwassenen met een psychiatrische problematiek die een crisis doormaken. Het mobiel team bestaat uit psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, een ergotherapeut, psychiaters, een criminoloog, een maatschappelijk werker en psychiaters die coördineren.

5. Het eerste CIT werd opgericht door de politie van Memphis in nauwe samenwerking met de National Alliance in Mental Illness. Kan je aanvullen in welk jaar?

6. In sommige Canadese politiekorpsen worden dan vooral politiemensen in burgerkledij ter plaatse gestuurd (X., 2011: 11).

Het vernieuwende in het project is dat voorheen huisartsen en zorgverleners vaak als enige uitweg in de crisissituatie een gedwongen opname konden voorstellen. Het mobiel crisisteam probeert net *opnamevermijndend* te werken (De Fruyt, 2003). Maximaal één maand kan een intensieve begeleiding van de persoon met GGZ-problemen in zijn eigen omgeving verzorgd worden in een eigen zorgnetwerk. Verder werkt het mobiel crisisteam ook opnameverkortend, omdat begeleiding ook kan na een verblijf in een ziekenhuis. De personen kunnen in zo'n geval aangebracht worden door het OCMW, huisartsen én politie. Tijdens het eerste kwartaal na de start in Gent werden reeds 130 personen aangemeld (Vanaudenhove, 2013).

Het mobiel team *past in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg* (als onderdeel van artikel 107) en werkt dus vooral in de fase voor of na een crisissituatie met als doel een ziekenhuisopname te vermijden. Mobiele teams dienen preventief te werken, en zorg op maat aan te bieden.⁷ Uit een antwoord van de voormalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op een parlementaire vraag wordt duidelijk dat het zeker niet de bedoeling is de mobiele teams in te schakelen voor urgentiesituaties of gevallen waarin een patiënt gedwongen dient te worden opgenomen (De Nijn, 2013). Hieruit volgt met andere woorden dat noch de politie, noch een burger een mobiel team kunnen oproepen; voor crisissituaties blijven de reguliere spoeddiensten bevoegd.

3.2.2. Geïnterneerden uit de gevangenissen, in de samenleving

Jarenlang is de situatie van geïnterneerden in ons land, en zeker van de geïnterneerden die in de gevangenis verblijven, aangeklaagd. Verschillende auteurs zijn in de pen gekropen (Heimans, 2001; Cosyns, 2005; Caselman, 2009). De internering is meermaals benoemd als 'de vergeetput van justitie', de documentaire '9999' over geïnterneerden in België heeft weinig commentaar. Ook juridisch gezien is België ettelijke keren veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wegens detentie in een onaangepaste omgeving voor een persoon met een psychiatrische aandoening (Heimans en Vander Beken, 2015). Een pijnlijk dieptepunt was de zaak-Van den Bleeken.

De overheid erkent dit probleem en werkt aan een oplossing; in 2014 opende een eerste Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) in Gent met een 270-tal plaatsen voor Vlaamse geïnterneerden. In 2016 zal een tweede FPC de deuren openen in het Antwerpse. Minister van Justitie Koen Geens kondigde ook de bouw van een derde FPC aan en twee instellingen voor langdurig verblijf. Het is duidelijk zijn intentie om 'geïnterneerden' uit de gevangenissen te halen en in een

zorgsetting onder te brengen. Op 23 oktober 2015 keurde de Ministerraad de Potpourri III-wet goed. Daarin zijn reparaties opgenomen aan de interneringswet van 5 mei 2014. De belangrijkste en meest fundamentele reparatie aan de wet van 2014 is dat een drempel wordt ingevoerd voor internering. Internering zal alleen nog kunnen worden uitgesproken voor niet-correctionaliseerbare misdaden; voor correctionaliseerbare misdaden die een aantasting of bedreiging uitmaken van de fysieke, seksuele of psychische integriteit; en voor wanbedrijven die een aantasting of bedreiging uitmaken van de fysieke, seksuele of psychische integriteit. Een diefstal, een raam ingooien, iemand een klap geven... het zijn zaken die soms aanleiding gaven tot 'ontoerekeningsvatbaarheid', maar in de toekomst zal dat niet langer betekenen dat men opgesloten wordt, legde Minister Geens uit (Koen Geens: 'Internering alleen voor zware misdrijven', *De Morgen*, 26 oktober 2015).⁸ Hoopgevend is in ieder geval dat goede zorg voor geïnterneerden een prioriteit is voor de huidige minister van Justitie (Vander Laenen, 2015).

Toch blijven nog een aantal vragen 'hangen'. Zullen alle geïnterneerden ondergebracht kunnen worden in de FPC's of instellingen voor langdurig verblijf, door de minister aangekondigd? Wat zal de kwaliteit van de begeleiding en de zorg voor de geïnterneerden zijn, die in de annexen van gevangenissen blijven? En ten slotte: wat met personen met een GGZ-problematiek die beklaagd of veroordeeld zijn? Worden zij gediagnosticeerd; en vooral: wordt ook voor hen in de nodige zorg voorzien?

4. Dit themanummer

In dit themanummer willen we de problematiek van het politieel en justitieel omgaan met mensen met een psychiatrische problematiek vanuit verschillende invalshoeken benaderen. We vertrekken daarbij vanuit een beschrijvende bijdragen omtrent het wettelijk kader en de verschillende ziektebeelden om vervolgens ook stil te staan bij de kijk én aanpak van de medische wereld, de politiepraktijk en ook de behandeling binnen justitie. Een reeks kritische beschouwingen ontbreken zeker niet en uiteraard kan de lezer ook een goede praktijken terugvinden waarmee hij/zij eventueel zelf aan de slag kan in de eigen werkomgeving.

7. www.amandus.be/Portals/0/Website/Home/Presentaties/MCT-MBT.pdf.

8. De inwerkingtreding van de nieuwe interneringswet van mei 2014 is alvast uitgesteld tot 1 juli 2016.

Referenties

- Adelman, J. (2003). *Study in Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Canadian Mental Health Association; <http://2010.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf>, 33 p.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Angermeyer, M. en Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 35 (5), 275-281.
- Bloom, J.D. (2010). The incarceration revolution: the abandonment of the seriously mentally ill to our jails and prisons. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38, 727-734.
- Bonighton, R. (2012). *Policing people who appear to be mentally ill*; www.ibac.vic.gov.au/docs/default-source/opi-parliamentary-reports/policing-people-who-appear-to-be-mentally-ill---nov-2012.pdf?sfvrsn=4, 57 p.
- British Columbia Schizophrenia Society (2006). *Police Intervention in Emergency Psychiatric Care: A Blueprint for Change*; <http://www.bcscs.org/wp-content/uploads/2008/02/blueprint-for-change-summary.pdf>, 16p.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K. en Claes, S. (2008). Urgentiepsychiatrie in België: een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50, 35-39; http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2274pdf.pdf.
- Casselmann, J. (2009). Dertig jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Over een trein die stilstand en recent in beweging kwam (pp. 334-355). In W. Brugge-man, E. De Wree, J. Goethals, P. Ponsaers, P. Van Calster, T. Vander Beken en G. Vermeulen (red.), *Van pionier naar onmisbaar. Over 30 jaar Panopticon*. Antwerpen: Maklu.
- Coleman, T. en Cotton, D. (2010). *Police Interactions with Persons with a Mental Illness: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*; www.mentalhealthcommission.ca/English/document/431/policy-interactions-persons-mental-illness-police-learning-environment-contemporary-pol, 89 p.
- Cordner, G. (2006). *People with Mental Illness*. US Department of Justice – Office of Community Oriented Policing Services, Problem-Oriented Guides for Police, Problem-Specific Guides Series, nr. 40, 68 p.; <http://cops.usdoj.gov/Publications/e04062003.pdf>.
- Cosyns, P. (2005). Werkgroep Forensisch Psychiatrisch zorgcircuit. *Syntheseverslag mei 2005* (niet gepubliceerd document).
- Cotton, D. (2004). The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27 (2), 135-146.
- De Fruyt, J. (2003). *Urgentiepsychiatrie: zoekend naar een eigen plaats, woordenschat en middelen*; www.paaz.be/public/LezingTeksten004.php.
- De Groof, M., Bianchi, J. et al. (2010). *Een monitoring van de mensenrechten en algemene gezondheidszorg in België*. ITHACA – Lucas; www.kuleuven.be/lucas/pub/public_upload/2010_7_MDG_ITHACA.pdf, 635 p.
- De Nijn, B. (2013, 18 maart). Schriftelijke vraag nr. 5-8541 aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen; www.senate.be/www/?MIval=/Vragen/SVPrint&LEG=5&NR=8541&LANG=nl.
- De Rycke, R. (2009, 21 maart). Laat politie en psychiatrie samenwerken. *De Standaard*; www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Pages/OpenBriefRafDeRycke.aspx.
- Dewaele, C. en Vander Laenen, F. (2014). Straathoekwerk en politie: 2 handen op 1 onderbuik? (pp. 119-136). In P. Ponsaers, L.G. Moor, W. D'haese en M. Eysink Smeets (red.), *Politie en haar maatschappelijke partners, Cahiers Politiestudies*. Antwerpen: Maklu.
- Directorate-General for Health and Consumers (2008). *Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities – A background paper provided by the SUPPORT-project*; http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/background_paper_en.pdf, 44 p.
- Dumortier, L. (2015). *Politie en bejegening van mensen met een verstandelijke beperking. Een exploratief onderzoek bij verhoor* (masterproef tot het behalen van de graad van Master in de criminologische wetenschappen). Gent: Universiteit Gent.
- Erickson, P.E. en Erickson, S.K. (2008). *Crime, punishment and mental illness: law and the behavioural sciences in conflict*. Chapel Hill: Rutgers University Press.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal: Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-V, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Heimans, H. (2001). Is er nog hoop voor geïnterneerden? *Orde van de dag*, 15, 7-24.
- Heimans, H. en T. Vander Beken, T. (2015). De nieuwe interneringswet van 5 mei 2014 (pp. 49-110). In J. Casselman, R. De Rycke en H. Heimans (red.), *Internering, Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*. Brugge: Die Keure.
- Knowles, M. (2012). *Policing Persons with Mental Illness In Georgia: Elucidating Perceptions of the Mental Health System*. Georgia State University; http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=cj_theses, 111 p.
- Lamb, H.R. en Weinberger, L.E. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospital to jails and prisons. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 33, 529-534.
- Livingston, J.D., Desmarais, S.L., Verdun-Jones, S., Parent, R., Michalak, E. en Brink, J. (2014). Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37 (4), 334-340.
- Pouwels, C. en Van Gelder, J. (2008). *Verantwoord omgaan met afwijkend gedrag*; <http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=avanshogeschool%3A0ai%3Arepository.av.nl%3A1937>.
- Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2013, 10 maart). Advies nr. 21 betreffende 'gedwongen behandeling bij gedwongen opname'; www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/.Um6yCfk3uAo, 27 p.
- Reuland, M. (2004). *A Guide to Implementing Police-Based Diversion Programs for People with Mental Illness*; http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/jail_diversion/PERF.pdf, 39 p.
- Schaefer Morabito, M. (2007). Horizons of Context: Understanding the Police Decision to Arrest People With Mental Illness. *Psychiatric Service*, 58 (12), 1582-1587.
- Teller, J., Munetz, M., Gil, K. en Ritter, C. (2006). Crisis Intervention Team Training for Police Officers Responding to Mental Disturbance Calls. *Psychiatric Services*, 57

- (2), 232-237; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16452701>.
- Teplin, A. (1984). Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794-803.
- Tucker, A., Van Hasselt, V. en Russell, S. (2008). Law Enforcement Response to the Mentally Ill: An Evaluative Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 236-250; <http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/8/3/236/>.
- Vanaudenhove, L. (2013, 13 maart). Mobiel crisisteam levert praktische hulp aan huis in Gent. *Het Laatste Nieuws*; www.hln.be/hln/nl/957/Binnenland/article/detail/1595661/2013/03/13/Mobiel-crisisteam-levert-psychiatrische-hulp-aan-huis-in-Gent.dhtml.
- Vandenbergh, J. (2013, 23 feb.). Het overlijden van Jonathan J. had voorkomen kunnen worden. *De Morgen*; www.demorgen.be/dm/nl/2461/Opinie/article/detail/1584705/2013/02/23/Het-overlijden-van-Jonathan-J-had-voorkomen-kunnen-worden.dhtml.
- Vandenbergh, J., Schoevaerts, K., Bruffaerts, R. en Van Landeghem, K. (2012). *Gedwongen opname in Vlaanderen anno 2012*. KULeuven; http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012_s34.1_schoevaerts.pdf.
- Van De Syke, K. en Gillis, S. (2011). AZiS, Assertieve Zorg in de Samenleving (pp. 45-58). In F. Vander Laenen en B. De Ruyver (red.), *Drugs en de samenleving: omgaan met het drugsfenomeen op lokaal niveau*. Brussel: Politeia.
- Vander Laenen, F., Audenaert, K. en Wittouck, C. (2015). Waarom een handboek forensische gedragswetenschappen? (pp. 25-29). In C. Wittouck, F. Vander Laenen en K. Audenaert (red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
- Vander Laenen, F. (2015). Van het interneringsfront veel nieuws (hoofdartikel). *Fatik*, 32 (148), 3-6.
- Vander Laenen, F. en Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg (pp. 113-140). In C. Wittouck, F. Vander Laenen en K. Audenaert (red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
- Van Gampelaere, V. en Vander Laenen, F. (2014). De attitude van politie tegenover mensen met een psychiatrische stoornis; Nood aan opleiding. *Psyche*, 16 (1), 12-14.
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A critical review*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Wanzelee, W. en Naessens, L. (2015). De weg naar een goed leven. Ook via commerciële FPC's? (forumtekst). *Panopticon*, 36 (4), 353-360.
- Watson, A.C., Corrigan, P.W. en Ottati, V. (2004a). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55 (1), 49-53.
- Watson, A., Corrigan, P. en Ottati, V. (2004b). Police Responses to Persons With Mental Illness: Does the label Matter? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32 (4), 378-385; <http://www.jaapl.org/content/32/4/378.full.pdf>.
- Watson, A., Schaefer Morabito, M., Draine, J. en Ottati, V. (2008). Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT. *International Journal of Law and Psychiatry*, p. 359-368; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655327/>.
- Wood, J., Swanson, J., Burris, S. en Gilbert, A. (2011). *Police Interventions wit Persons Affected by Mental Illness – A critical review of global thinking and practise*. Center for Behavioral Health Services Criminal Justice Research; www.temple.edu/cj/people/documents/police_interventions_monograph_march_2011.pdf, 52 p.
- X. (2010a). *Building safer communities: Improving police response to persons with mental illness*. Recommendations from the IACP National Policy Summit, 2010; www.theiacp.org/Building-Safer-Communities-Improving-Police-Response-to-Persons-with-Mental-Illness, 32 p.
- X. (2010b). *Policing Persons with Mental Illness: Issues and Trajectories*; <http://www.cpc-cpp.gc.ca/cnt/tpsp-tmrs/mental/mental-traject-eng.aspx>.
- X. (2011). *Police and Mental Health – A Critical Review of Joint Police / Mental Health Collaborations in Ontario*. Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee; http://www.ofcmhap.on.ca/sites/ofcmhap.on.ca/files/PHSJCC_Police-MH_Final_Report_January_31_2011_0.pdf, 56 p.
- X. (2013). *Police, psychiatrist improve response to mental health calls*; www.cbc.ca/news/canada/ottawa/police-psychiatrist-improve-response-to-mental-health-calls-1.1304220.
- Zorginspectie (2011). *Jaarverslag 2011 – Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*; www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/Jaarverslag%202011.pdf, 44 p.